

Nom de la Société :

Dossier complet : Oui, Le / /

Liste des documents à donner par le client pour une domiciliation

- Extrait k-Bis
- Copie des statuts de la société (notamment article justifiant que le représentant légal est responsable de la société)
- Copie carte identité du représentant légal de la société
- Copie d'une facture justifiant l'adresse personnelle du représentant légal
- RIB
- Autorisation de prélèvement
- Frais de dossier (montant de la domiciliation hors taxes x 2)
- 1 mois de domiciliation d'avance
- Autre(s) document(s)

Documents à signer par le client, émis par le Centre d'Affaires

- Attestation pour les impôts
- Autorisation de réexpédition
- Fiche signalétique
- Mandat de prélèvement SEPA
- Procuration postale

Traitement du dossier

- Attestation de domiciliation
- Convention de domiciliation

Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e),

Représentant(e) légal(e) de (Nom de société).....

.....

Atteste sur l'honneur que tous les documents comptables de ladite société, sont tenus et conservés : (Nom et adresse précise)

.....

.....

Et m'engage à les mettre à la disposition des services fiscaux compétents à leur demande, en cas de contrôle fiscal.

Fait à

Le / /

Cachet (Si possible) et signature :

<p>Cachet (Si possible) et signature :</p>
--

Autorisation de réexpédition simple

Nous soussignés la société

.....

Autorisons le Centre d'Affaires Reims Clairmarais, domiciliaire, dont le siège social se situe au 9 rue André Pingat – 51065 REIMS Cedex :

A réexpédier tous les courriers, y compris les recommandés avec accusé de réception en courrier simple.

La responsabilité du Centre d'Affaires Reims Clairmarais ne saurait donc en aucun cas engagée en cas de non réception de nos recommandés.

Pour servir, et faire valoir ce que de droit.

Fait à

Le / /

Cachet (Si possible) et signature :

Coordonnées

Type de contrat :
 Date d'entrée :
 Montant HT :

Nom de la société	
Nom du responsable légal	
Prénom du responsable légal	
N° de tél. fixe personnel	
N° de tél. fixe professionnel	
Adresse mail personnelle	
Adresse mail professionnel	
Adresse postale personnelle	
Adresse postale professionnelle	
N° de carte nationale d'identité (CNI)	
Activité de la société	
Adresse de réexpédition du courrier (Si il y a lieu)	
Observations	

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (*NOM DU CREANCIER*) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (*NOM DU CREANCIER*).

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*Veillez compléter les champs marqués **

Votre Nom	*	.....	1
		Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	*	.....	2
		Numéro et nom de la rue	
	*		3
		Code Postal Ville	
	*	.....	4
		Pays	
Les coordonnées de votre compte	*		5
		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
			6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	.....	7
		Nom du créancier	
		C A R C	8
		Identifiant créancier SEPA	
	*	9 rue André Pingat - BP 441	9
		Numéro et nom de la rue	
	*		10
		Code Postal Ville	
	*	5 1 0 6 5 * REIMS Cedex	11
		Pays	
Type de Paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	12
Signé à	*	..... 2	13
		Lieu Date	
Signature(s)		*Veillez signer ici	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur	*	.....	14
		Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
	*	.....	15
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)		Nom du tiers débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre (<i>NOM DU CREANCIER</i>) et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
	*	.....	16
		Code identifiant du tiers débiteur	
	*	.....	17
		Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	
	*	.....	18
		Code identifiant du tiers créancier	
Contrat concerné		.....	19
		Numéro d'identification du contrat	
	*	.....	20
		Description du contrat	

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à: CARC - 9 rue André Pingat
BP 441 - 51065 REIMS Cedex

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier



N° Dossier de société / code SIRET :

N° Evènement :

Identification de la personne morale

Dénomination sociale - Raison sociale ou Nom :

Nom commercial - Nom d'enseigne - Marque ou sigle :

Forme juridique :

Adresse

9 r u e A n d r é P i n g a t

N° APPARTEMENT ou de BOITE A LETTRE - ETAGE - COULOIR - ESCALIER OU SERVICE

ENTREE - TOUR - IMMEUBLE - BATIMENT - RESIDENCE - ZONE INDUSTRIELLE

N° EXTENSION TYPE et VOIE (Ex : AVENUE DES FLEURS)

B P 4 4 1

MENTION SPECIALE DE DISTRIBUTION et N° (Ex : BP - TSA - ...) ou LIEU DIT

5 1 0 6 5 R E I M S C e d e x

CODE POSTAL/CEDEX LOCALITE DE DESTINATION ou LIBELLE DU BUREAU CEDEX

Téléphone : Email : @

Identification des mandataires postaux désignés par le représentant légal

ayant pouvoir d'agir pour tout ou partie au nom et au bénéfice de la personne morale

Nom du représentant légal :

Prénom :

Donne pouvoir à } Nom : **S A R L R - P A D**

Annule pouvoir de } Prénom :

de : **RETIRER et RECEVOIR** les envois de La Poste **PERCEVOIR** les mandats de toute catégorie

ACHETER pour le compte du mandant (Affranchissement, Prêt à Poster, Prêt à expédier)

Donne pouvoir à } Nom :

Annule pouvoir de } Prénom :

de : **RETIRER et RECEVOIR** les envois de La Poste **PERCEVOIR** les mandats de toute catégorie

ACHETER pour le compte du mandant (Affranchissement, Prêt à Poster, Prêt à expédier)

Donne pouvoir à } Nom :

Annule pouvoir de } Prénom :

de : **RETIRER et RECEVOIR** les envois de La Poste **PERCEVOIR** les mandats de toute catégorie

ACHETER pour le compte du mandant (Affranchissement, Prêt à Poster, Prêt à expédier)

Je soussigné(e)

Atteste de l'exactitude des informations ci - dessus et déclare être le représentant légal, ou un responsable habilité*de l'entreprise concernée.

*ayant reçu délégation d'attribution d'un représentant légal.

Signature du représentant légal :

Les coordonnées collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins de prospection commerciale par La Poste ou des partenaires liés contractuellement à La Poste (entreprises, associations, commerces, administrations, etc), sauf opposition de votre part en cochant la case ci-contre

Partie à remplir par La Poste

Nom de l'agent :

Pièce d'identité produite :

N°

Délivrée le : par :

Nom et Prénom :

certifie que la signature du demandeur a été apposée en sa présence

Signature de l'agent :

TIMBRE A DATE